

АКТИВНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ В СООТВЕТСТВИИ С ПСИХОКОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ТИПОМ ЛИЧНОСТИ

Борохов А.¹, Борохов Б.²

¹ Борохов Александр Давидович

многопрофильный госпиталь им. Сары Герцог, Иерусалим, Израиль;

кафедра психиатрии медицинского факультета; Иерусалимский Университет, Иерусалим, Израиль.

E-mail: adsamuray@gmail.com

² Борохов Борис Давидович

реабилитационная программа «СЕЛА» для детей с проблемами поведения; Иерусалим, Израиль.

E-mail: borisdo69@gmail.com

Аннотация

Как мы все знаем, практически любой индивидуум, по-настоящему охваченный суицидальными мыслями, ни только не имеет, но и не ищет альтернативного решения. Образно говоря, у него, образуется «туннельное зрение», то есть он видит очень минимальный диапазон решений своей проблемы, точнее — одно и фатальное.

Поэтому, мы пришли к выводу о необходимости создания системы «внешних и внутренних якорей», удерживающих пациента от совершения суицидального акта. В ее основу легли несколько базовых вопросов-конструктов, ответы на которые можно было бы получить в процессе диалога врач/психолог — пациент. Таким образом и выстраивалась индивидуальная схема психотерапевтического лечения, целью которой является удержание человека от суицидальной попытки. Итак, четыре базовых вопроса:

«Что?» — какие именно ценностные ориентации в жизни являются личностно-ориентированными и помогают ему справиться с трудными жизненными ситуациями. Например, интересная работа, ответственность, религия, стыд перед окружающими, забота о близких и т. д.

«Кто?» — какие именно «значимые другие» помогают ему справиться с этими трудными жизненными ситуациями. Например, друзья, родственники, дети, забота о домашних питомцах и т. д.

«Чем?» — посредством чего можно вернуть утраченный интерес к жизни. Например, создание новой цели. Эта новая цель должна быть построена как многоступенчатая пирамида, состоящая из небольших целей, подъем по ступеням которой должен быть постепенным и реально осуществимым для пациента.

«Каким образом?» — изменение или дополнение чего в жизни может вернуть и/или улучшить удовлетворенность жизнью. Например, полная занятость в течение дня, овладение новыми навыками, занятие собственным хобби, мониторинг успехов и настроения, физическая нагрузка и т. д.

С точки зрения психоконституционального подхода, собственно профилактика самоубийства — это прежде всего помощь человеку в контроле за его поведением в критической стрессовой ситуации, обусловленным проявлением маргинальных реакций, характерных для его конституции. Она складывается из 4 компонентов:

1. Помощь в понимании и в определении «уровня опасности» с помощью теста самооценки собственной суицидальной предрасположенности;
2. Помощь в приобретении дополнительных навыков самодиагностики и самоконтроля своего поведения;
3. Помощь в выборе альтернативной реакции(ий) и в выборе формирования адекватного ответа в рамках своего психоконституционального типа.
4. Подбор оптимальных решений для конкретной стрессовой ситуации, а также поиск универсальных решений для общих стрессовых ситуаций, с учетом личностных особенностей в рамках собственного психотипа.

Профилактика самоубийства у астеников («Цветков») направлена прежде всего на повышение требовательности к самому себе и формировании самодисциплины (настойчивость VS эгоцентризм).

Профилактика самоубийства у нормостеников («Садовников») базируется на основании других факторов (осмотрительность и личностная независимость VS косности мышления).

Профилактика самоубийств у гиперстеников («Горшков») должна быть построена на принципе (уравновешенность и конструктивность VS жертвенности).

Астеник переключается на «конструктивное бегство» в творчество, спорт или хобби. Гиперстеник путем личного мониторинга во времени отслеживает и контролирует развитие стрессовой ситуации и оценивает фатальность последствий. Нормостеник изыскивает дополнительные собственные внутренние психофизические резервы для продолжения борьбы с создавшейся неблагоприятной ситуацией.

Замена на новый, более адаптивный тип реагирования, используется как «иллюзия свободного и осознанного выбора», таким образом, каждому психотипу предлагают на выбор два дополнительных новых варианта реагирования на фрустрирующую ситуацию, которые ранее были характерны двум другим психотипам. К примеру, астенику («Цветку») умение вырабатывать активную настойчивость в преодолении стрессовой ситуации как у нормостеника («Садовника») или умение принимать неблагоприятную ситуацию, взвешивать и выжидать как у гиперстеника («Горшка») и т. д.

При этом пациент сам или первоначально с помощью психотерапевта выбирает новый оптимальный для него способ реагирования, проигрывая различные фрустрирующие ситуации на несколько «ходов» вперед.

Ключевые слова: суицид; психотип; психофакторы; шкала самодиагностики; превенция.

УДК 159.9:616.89-008.441.44:615.851

Библиографическая ссылка

Борохов А., Борохов Б. Активное моделирование психотерапевтической тактики при суицидальном поведении в соответствии с психоконституциональным типом личности // Медицинская психология в России. – 2021. – Т. 13, № 2. – С. 4. doi: 10.24412/2219-8245-2021-2-4

Поступила в редакцию: 06.11.2020 Прошла рецензирование: 15.03.2021 Опубликована: 02.04.2021

Самоубийство — одна из сложнейших проблем человеческой психики, имеющая массу общемедицинских, психиатрических, психологических, философских, религиозных, этически-нравственных, этнокультурологических аспектов и даже, как ни парадоксально, эстетических аспектов [2; 3; 4; 6; 9; 10; 12; 22]. Снижение числа как законченных самоубийств, так и их попыток имеет колоссальное значение не только для медицины, но и для экономики многих индустриально развитых стран мира [19]. Также прослеживается и прямая связь не только между ростом числа самоубийств в период экономического спада, но и выбором конкретного способа для завершённого суицида [14]. Каждому человеку отпущен собственный срок жизни, и его добровольное сокращение является сочетанием внешних причин и внутренних мотивов, хотя на самом деле природа пыталась позаботиться дать естественный предохранитель — инстинкт самосохранения [4; 9].

Инстинкт самосохранения является ведущим из трех основных инстинктов, так как это врожденная форма поведения, направленная на защиту собственной жизни и здоровья. При его нарушении или отсутствии два остальных (голода и сексуальный) просто теряют смысл. Это одновременно и природный предохранитель, и индикатор, который должен быть всегда включен, чтобы своевременно активизироваться в момент предчувствия потенциальной угрозы для жизни или возможной опасной ситуации для здоровья. Этот наследуемый генетически инстинкт присущ практически всем животным

и птицам, этологически заключается в том, чтобы защитить живой организм от биологической смерти и защититься от вредного или опасного воздействия со стороны внешней среды (мимикрия, состояние биопазузы, вынужденные миграции, связанные с изменением природных условий, и т. д.) [4]. Итак, самоубийство, в нашем понимании, — это прежде всего нарушение инстинкта самосохранения.

Существует мнение, что 90 % всех суицидов, закончившихся летальным исходом (commit suicide), совершили люди, страдающие различными психиатрическими заболеваниями [13].

Более того, наличие той или иной психопатологии дает определенную свою собственную специфическую окраску суицидального поведения. Так, при галлюцинозном психотическом синдроме императивные «голоса» или навязчивые «видения» могут потребовать от пациента покончить собой, а вот при депрессивной симптоматике больные ощущают чувство вины, физические признаки душевной боли, причиняющей им невыносимые страдания, от которой хотят избавиться любым путем, даже совершением самоубийства. Также по психотическим мотивам человек может решить, что «не достоин жить» и сам себя «казнит», выступая одновременно в роли прокурора, судьи, обвиняемого и палача. Бывают и парадоксальные попытки самоубийства, когда психотический пациент объясняет, что не планировал никаких суицидальных действий, но «голоса» угрожали ему такой страшной смертью, что, чтобы избежать ее, он предпочел совершить попытку самоубийства. Несомненно, свою роль играют и злоупотребление психоактивными веществами, и высокий уровень тревожности, и т. д. К таким же дополнительным факторам, стимулирующим суицидальные мысли, может быть отнесено состояние физического и психического истощения, включая хроническую усталость и синдром «внутреннего выгорания» [2; 13; 18; 19].

Что же заставляет человека рассматривать собственную смерть как единственное и окончательное решение реальной или мнимой проблемы?

Первое классическое исследование на эту тему увидело свет в 1897 году, когда отец суицидологии, французский социолог и философ Эмиль Дюркгейм писал о том, что нет такого переживания, которое не могло бы быть субъективным поводом для самоубийства [3]. При этом практически все сегодняшние научные исследования в этой области свидетельствуют о мультивариационных причинных факторах суицидальной активности. Вместе с тем нет однозначного мнения о том, что какие-то конкретные факторы приведут личность к совершению суицидальной попытки [13; 19; 21; 22].

С точки зрения психиатрии такие психические заболевания, как тяжелая депрессия и/или психоз, ведущие к искаженному восприятию окружающей действительности и своего будущего, когда человек принимает псевдоконструктивное решение в ситуации, кажущейся ему безвыходной, наиболее часто приводят к завершению суициду [2; 12; 19; 20; 21].

Мы попытались понять, почему одни и те же события для одних людей являются фатальными и приводят к попытке самоубийства и, напротив, для других, хотя также являются стрессовым фактором, не рассматриваются как несовместимые с жизнью.

И попытались смоделировать и проследить некую гипотетическую модель человека в процессе эволюции и филогенеза с учетом расширенной и дополненной биопсихосоциальной модели Георга Энджела [15].

Это концептуальная, композиционная модель развития какого-либо заболевания, состоящая из трех видов конструкторов: биологических (генетических, анатомо-физиологических, нейрохимических, гуморальных и т. д.), психологических (отражающих ментальные процессы головного мозга, эмоционально-волевую сферу и поведенческие реакции), социальных (факторы макро- и микросоциума, социально-экономические, религиозные и этнокультуральные факторы) [5; 7; 11; 15].

Исходя из биопсихосоциальной модели Энджела, вероятнее всего, первыми, согласно нашим предположениям, были те первобытные люди, чья психофизическая стойкость к агрессивным проявлениям внешней среды (изменение климатических условий), неприхотливость в еде, выносливость и обладание хорошими физическими навыками были выше, чем у других особей, обеспечивая им выживание в дикой враждебной среде. Исходя из вышеописанного, мы предполагаем, что наиболее реальным кандидатом был так называемый атлетический тип (нормостеник) — осевой, или центральный тип, от которого в процессе эволюции и борьбы за выживание сформировались два других: психически-ориентированный и социально-ориентированный. Наиболее стрессогеностойчивым является нормостенический тип, что касается двух других, то, как правило, это взаимосвязанные вещи с доминированием одной из них.

Собственно конституциональный психотип человека — это генетическая предрасположенность каждого конкретного человека, относящегося к одному из трех соматотипов (нормостеник, астеник, гиперстеник), и ожидаемая базовая индивидуальная поведенческая реакция (**Fight — Flight — Freeze**), которая практически всегда проявляется в рамках стрессовой ситуации. Чем сильнее фрустрирующая ситуация, тем более явно проявляется каждая из реакций, характерных для каждого психотипа. С позиции биопсихосоциальной модели личности универсальным индикатором уровня кризисной ситуации является уровень утраты волевого контроля над своей приоритетной поведенческой реакцией (Fight — Flight — Freeze). Более того, физическое и/или психическое истощение индивидуума, а также невозможность активно использовать привычные ультимативные защитные механизмы могут привести к попытке самоубийства.

Здесь мы не рассматриваем многочисленные причины так называемого «суицидального шантажа», целью которого не является собственно смерть, а всегда имеется так называемый «вторичный выигрыш» (second gain). Это может быть компенсация любого рода — материальная, моральная, психологическая.

При отсутствии диагностирования психопатологии самоубийство может рассматриваться как осознанный выбор своей смерти в качестве оптимальной, кардинальной коррекции психотравмирующей ситуации. Таким образом, человек видит в собственной смерти альтернативу своему существованию, заполненному исключительно страданиями, в которых нет никакого смысла.

Человек в своем поведении руководствуется не только фундаментальной, врожденной тактикой поведения, которая является наиболее оптимальной по затратам физических и интеллектуально-эмоциональных ресурсов, но и тактиками, которые были приобретены в результате воспитания и самовоспитания (на основании собственного личного жизненного опыта).

Астенический психотип (шизоиды, эктоморфы) — это те люди, у которых угол схождения скелетных реберных дуг составляет меньше чем 90 градусов. Чем он меньше, тем сильнее выражены личностные особенности; собирательный образ — «**Цветок**», от Flos (лат.) — цветок, краса, лучшая часть. А также от контекста Floreo (лат.) — цвести, блистать, сиять, отличаться, находиться на вершине славы. Люди с фундаментальной тактикой поведения «беги». Это те, чья доминирующая тактика решения проблем является физическим, интеллектуальным или психологическим бегством («внутри себя»). Люди, для которых приоритетной поведенческой реакцией в критической ситуации является **Flight** («**беги**»).

Гиперстенический психотип (эндоморфы, пикники) — это те люди, у которых угол схождения скелетных реберных дуг составляет больше чем 90 градусов. Чем он больше, тем сильнее выражены личностные особенности; собирательный образ — «**Горшок**», от Olla (лат.) — горшок, в контексте латинской пословицы Ipsa olera olla legit — «Горшок сам себе выбирает овощи», т. е. каждый человек живет, следуя своим склонностям. Люди, чья приоритетная линия поведения для решения проблемы заключается в

терпении, выжидании, длительном и детальном планировании. Люди, для которых приоритетной поведенческой реакцией в критической ситуации является **Freeze** («замри»).

Нормостенический психотип (атлетики, мезоморфы) — это те люди, у которых угол схождения скелетных реберных дуг составляет 90 градусов. Отклонение более чем на пять градусов меньше дает проявление личностным особенностям, характерным для двух других типов; собирательный образ — «**Садовник**», от Hortulanus (лат.) — «Садовник». Мы исходили из латинского выражения Homo Agens — Человек Деятельный, т. е. психотип, занимающий конкретную активную позицию по отношению к окружающему миру. Люди с фундаментальной тактикой поведения «сражайся» — те, чья приоритетная тактика решений проблемы — физическое и психическое сопротивление. Люди, для которых приоритетной поведенческой реакцией в критической ситуации является **Fight** («сражайся»).

Каждый из этих психотипов сталкивается или может столкнуться с теми фрустрирующими ситуациями, которые ломают не только привычные стереотипы поведения, но и механизмы защиты, приводя индивидуума к мыслям и/или действиям, связанным с добровольным уходом из жизни. Исходя из этого, приходим к следующему выводу: доминирующими причинами для каждого из типов будут различные угрожающие факторы. Для «Цветков» это страх, для «Горшков» это стыд, для «Садовников» — нарушение привычной активности. Подвергаясь сильной стрессовой реакции или же многократно повторяющейся фрустрирующей ситуации, каждый психотип реагирует согласно доминирующему способу реагирования. Астеник — бегство, гиперстеник — замирание, нормостеник — активное сопротивление. Постепенно механизмы истощаются, так и не приводя к желаемому результату. Таким образом, по нашим наблюдениям, происходит «сбой программы», когда астеник «не может убежать», гиперстеник «не может прятаться», а нормостеник «не может больше сражаться». На фоне этого истощения ресурсов и отсутствия других адаптивных стратегий может развиваться депрессия, а затем и появляются суицидальные мысли.

Травмирующими факторами мы называем факторы, которые нарушают адекватность поведения вследствие искаженного восприятия человеком самого себя.

Согласно вышесказанному, все травмирующие факторы можно разделить на три группы:

- Биофакторы — это те факторы, которые приводят к суицидальному поведению из-за нарушения самовосприятия как целостного, здорового, нормально функционирующего биологического организма. Через воздействие этих факторов происходит искаженное восприятие создавшейся стрессогенной ситуации, в которой сам человек воспринимает себя «человеком, испытывающим невыносимые физические и душевные муки из-за тяжелого увечья, хронической болезни или длительной боли».
- Социофакторы — это те факторы, которые приводят к суицидальному поведению из-за нарушения самовосприятия как полноценной социализированной и интегрированной единицы общества, имеющей собственный статус. Через воздействие этих факторов происходит искаженное восприятие создавшейся стрессогенной ситуации, в которой сам человек воспринимает себя «униженным и оскорбленным человеком, испытывающим невыносимые физические и душевные муки из-за нарушения социального статуса».
- Психофакторы — это те факторы, которые приводят к суицидальному поведению из-за нарушения самовосприятия как психически полноценной и скомпенсированной личности. Через воздействие этих факторов происходит искаженное восприятие создавшейся стрессогенной ситуации, в которой сам человек воспринимает себя «испытывающим невыносимые физические и душевные

страдания из-за утраты своей собственной психической целостности и индивидуальности».

«Цветок» (психофакторы): ведущий мотив — УЯЗВИМОСТЬ, страх лишиться убежища от страданий и/или возможности до него добраться

Следует принять во внимание, что базовая тактика «бегства» для этого психотипа — это не только некий волевой физический акт, чья прямая цель — «телесно дистанцироваться от зоны конфликта, оказавшись либо на безопасном расстоянии, либо в безопасном месте», но и интеллектуально-эмоциональный акт путем изоляции от физических и душевных мук, через уход в мир собственных фантазий и грез. Первоначально идет попытка личности компенсировать собственные внутренние конфликты своеобразным дистанцированием через повторяющуюся модификацию своего внешнего облика путем приобретения экстравагантности внешнего вида, также не исключены и более перманентные модификации собственного тела (множественные татуировки, подкожные имплантаты, пирсинг).

В случае реальной или воображаемой опасности или психотравмирующей ситуации люди психотипа «Цветок» стараются избавиться от всего, что может в данный момент рассматриваться ими как балласт, мешающий или препятствующий этому бегству. Если психотравмирующая ситуация нарастает постепенно, то как реакция на это снижаются энергетический и волевой потенциалы личности. Это может располагаться в самом широком диапазоне, от снижения правил личной гигиены и потребляемой пищи, уменьшения физической нагрузки до злоупотребления различными психоактивными веществами и алкоголем, что, собственно, и может рассматриваться как «пассивное замедленное суицидальное поведение». В случае длительных психофизических нагрузок, которые сама личность может воспринимать как издевательства, или если психотравмирующая ситуация воспринимается как «катастрофическая», собственное их физическое тело может восприниматься как балласт, от которого надо избавиться. Тело рассматривается как источник повторяющихся страданий, и человек может решиться «вырваться из этих пут», совершив акт самоубийства. Суицид в таких случаях рассматривается «Цветками» как «исцеление» — освобождение души от «груза тела».

Невозможность по какой-либо причине следовать привычной базовой реакции (Flight, или «Улепетывай»), выражается в том, что «Цветок» не имеет возможности убежать от психотравмирующей его ситуации ни телесно, ни интеллектуально, ни эмоционально. Душевных сил для того, чтобы переждать или перетерпеть сложившуюся ситуацию, у «Цветков» недостаточно, как и волевых усилий, направленных на активную борьбу с проблемой. Поэтому в данной ситуации выбор решения «добровольного ухода из жизни» равносильен «бегству от страданий».

Причины, толкающие этот психотип на самоубийство:

1. Обида и/или месть своей смертью.
2. Безответная любовь и/или ревность.
3. Ухудшение своего внешнего вида (повторная полнота, неудачная косметическая операция, химиотерапия и облучение и т. д.).
4. Хроническая физическая боль и невозможность терпеть ее.
5. Потеря или снижение более высокого социального статуса.
6. Потеря или смерть значимого лица, кумира, покровителя.
7. Сексуальные домогательства, хроническое сексуальное насилие и изнасилование.
8. Постоянное физическое насилие.
9. Значительное и резкое ухудшение социально-материальных условий жизни.
10. Длительный непосильный физический труд.

11. Одиночество и социальная изоляция.
12. Искаженное мистическое восприятие действительности и будущего.
13. Религиозные мотивы как искупление за мнимый или реальный грех.
14. Психическая истощаемость.
15. Творческий кризис.
16. Скука.
17. Подражание.
18. Как доказательство своего принципиального несогласия с кем-то или чем-то и серьезности собственных намерений.

«Горшок» (социофакторы): ведущий мотив — СТЫД — утратить безвозвратно чувство уважения и/или самоуважения

«Горшки» («хранители»), будучи людьми с гиперстенической конституцией, приоритетной поведенческой реакцией которых является Freeze («замри» или «затаись»).

Иными словами, при психотравмирующей ситуации поведение может приобретать формы, находящиеся на разных полюсах двигательной активности. С одной стороны, это полное физическое бездействие, сопровождающееся состоянием эмоциональной подавленности, вплоть до оглушенности, безразличие к внешнему миру и будущему в рамках депрессии. С другой — непродуктивная, суетливая деятельность, многоречивость с бесплодным рассуждательством, соответствующая ажитированной тревоге.

Общим свойством данного конкретного поведения «Горшка» будет невозможность адекватно оценить ущерб от психотравмирующей ситуации (максимализация) и собственных ответных действий (минимализация). При этом мы воспользуемся при оценке суицидального поведения виктимологическим термином: «готовность стать жертвой».

В случае, когда человек считает свои возможности слишком слабыми, при любой, даже незначительной травмирующей ситуации он демонстрирует полную покорность судьбе (фатализм). Тем самым он не только пассивно принимает ухудшение ситуации, но и способствует ее усугублению своим ультимативным бездействием. Более того, он может отвергать любую внешнюю помощь, приняв безвыходность ситуации за аксиому.

«Горшок» просто «застывает», впадая в состояние «социального анабиоза». На попытки окружающих вернуть человека к реальной жизни и поиску решений эти люди могут отреагировать бурной агрессивной реакцией. Они буквально требуют от окружающих оставить их в покое и дать возможность донести свой «крест унижения и мук» до конца. При этом «Горшки» тщательно ведут учет всему тому, что усугубляет ситуацию и причиняет им страдания. Они словно участвуют в игре, в которой надо набрать максимальное количество «баллов несчастья». Эти несчастья могут быть надуманными, а могут представлять и совершенно реальную угрозу здоровью и социальному благополучию личности. Кроме того, если кризис «жертвенного самоуничтожения» затягивается, а количество реальных травмирующих условий продолжает возрастать, снижается иммунный защитный фон, и «Горшок» становится максимально доступен всему тому, что может способствовать его преждевременной кончине — обострению хронического соматического заболевания, острой инфекции, социальной изоляции со стороны окружающих.

Причины, толкающие этих людей на самоубийство, будут следующими:

1. Ощущение сильного стыда.
2. Публичное унижение или ощущение невозможности продолжать жить с этим.
3. Как наказание себя за реальный или мнимый проступок.
4. Отвержение в проявленных чувствах.

5. Сексуальная несостоятельность (особенно подчеркнутая неоднократно или публично).
6. Раскрытие личной тайны.
7. Серьезное реальное или мнимое обвинение без возможности опровергнуть вину.
8. Психологическое насилие.
9. Экзистенциальный кризис.
10. Потеря нравственных ориентиров и ценностей (как же можно после этого или с этим жить дальше?).

«Садовник» (биофакторы): ведущий мотив — БЕСПОМОЩНОСТЬ — нарушение привычной активности и возникновение страха остаться без возможности активно действовать

Люди, относящиеся к этой категории, пытаются адаптироваться к изменившейся психотравмирующей ситуации путем ее активного изменения. Они воспринимают практически любую фрустрирующую ситуацию как личный вызов.

С одной стороны, высокий уровень требовательности к самому себе способствует следованию различным традициям, чей стержень — «кодекс чести». Такие традиции, требующие жесткого самоограничения или даже самопожертвования от своего адепта, существуют во всех мировых культурах. Самоубийство для людей стратегии Fight («Сражайся») — это оптимальный конструктивный выход из критической ситуации, когда возможность остаться в живых воспринимается ими как позор, бесчестие, предательство по отношению к людям, чье мнение для них очень ценно. С другой, «презрение к опасности», которое выражается в отчаянной храбрости на поле боя во время войны, а в мирное время находит свое отражение в увлечении соревновательными экстремальными видами спорта и, по мнению некоторых исследователей, попадает под определение «аутодеструктивного поведения» (паркур, контактные боевые единоборства, высокоскоростные гонки или гонки по пересеченной местности, отказ от страховочных средств и т.д.) Другим вариантом суицидального поведения будет социальное самопожертвование — «подвиг». Когда человек осознанно лишает себя жизни ради конкретной цели или абстрактной идеи для блага других людей. Иногда геройство — результат пассивного согласия с самоубийственным приказом или просто «оптимальное конструктивное решение» в экстремальной ситуации.

Самоубийство «Садовников» является конечной манифестацией собственной несостоятельности по отношению к обществу, чьим стандартам, по их представлению, они больше не могут соответствовать.

Причины, толкающие их на самоубийство:

1. Внезапная физическая инвалидность со снижением привычной активности.
2. Финансовые проблемы, не решаемые путем увеличения объема выполненной дополнительной работы индивидуально.
3. Физическая и/или психическая беспомощность.
4. Старость (как следствие снижение физической и сексуальной активности).
5. Длительная принудительная изоляция с ограничением свободы движений (действий).
6. Длительное физическое плохо компенсируемое истощение.
7. Хроническая физическая болезнь.
8. Внушаемость (навязанная кем-то или самим собой фатальность события или заболевания).
9. Невозможность оказывать активное сопротивление нежелательным обстоятельствам.

10. Длительное голодание с физическим истощением.
11. Бравада как неоправданное пренебрежительное отношение к реальной опасности.
12. Публичное бесчестье без возможности активного личного отреагирования.
13. Потеря или смерть индивидуально-значимого лица (родственника, кумира, покровителя).
14. Подражание.
15. Самопожертвование или геройство.

Безусловно, этот перечень неполный и требует дальнейшего рассмотрения, дополнения, повторного ранжирования и переосмысления. Тем не менее, на наш взгляд, он остается важным практическим инструментом, который может и должен использоваться повседневно в клинической медицинской и психологической практике для подбора психотерапевтической тактики или тактик к пациенту.

Как мы все знаем, практически любой индивидуум, по-настоящему охваченный суицидальными мыслями, не только не имеет, но и не ищет альтернативного решения. Образно говоря, у него образуется «туннельное зрение», то есть он видит очень минимальный диапазон решений своей проблемы, точнее — одно и фатальное.

Поэтому мы пришли к выводу о необходимости создания системы «внешних и внутренних якорей», удерживающих пациента от совершения суицидального акта. В ее основу легли несколько базовых вопросов-конструктов, ответы на которые можно было бы получить в процессе диалога врач/психолог — пациент. Таким образом и выстраивалась индивидуальная схема психотерапевтического лечения, целью которой является удержание человека от суицидальной попытки. Итак, четыре базовых вопроса:

«Что?» — какие именно ценностные ориентации в жизни являются личностно-ориентированными и помогают ему справляться с трудными жизненными ситуациями. Например, интересная работа, ответственность, религия, стыд перед окружающими, забота о близких и т. д.

«Кто?» — какие именно «значимые другие» помогают ему справляться с этими трудными жизненными ситуациями. Например, друзья, родственники, дети, забота о домашних питомцах и т. д.

Желательно, чтобы сам пациент привел несколько таких ситуаций, тем самым увидев, что похожая или подобная ситуация имела место в прошлом и была решена без попытки суицида.

«Чем?» — посредством чего можно вернуть утраченный интерес к жизни. Например, создание новой цели. Эта новая цель должна быть построена как многоступенчатая пирамида, состоящая из небольших целей, подъем по ступеням которой должен быть постепенным и реально осуществимым для пациента.

«Каким образом?» — изменение или дополнение чего в жизни может вернуть и/или улучшить удовлетворенность жизнью. Например, полная занятость в течение дня, овладение новыми навыками, занятие собственным хобби, мониторинг успехов и настроения, физическая нагрузка и т. д.

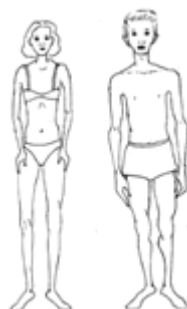
Практические, психологические рекомендации профилактики самоубийства с учетом психоконституционального подхода

На наш взгляд, с точки зрения психоконституционального подхода, собственно профилактика самоубийства — это прежде всего помощь человеку в контроле за его поведением в критической стрессовой ситуации, обусловленным проявлением маргинальных реакций, характерных для его конституции. Она складывается из 4 компонентов:

1. Помощь в понимании и в определении уровня собственной суицидальной предрасположенности (тест БАРС-2000, см. ниже).
2. Помощь в приобретении дополнительных навыков самодиагностики и самоконтроля своего поведения.
3. Помощь в выборе альтернативной реакции(ий) и в выборе формирования адекватного ответа в рамках психоконституционального типа.
4. Подбор оптимальных решений для конкретной стрессовой ситуации, а также поиск универсальных решений для общих стрессовых ситуаций с учетом личностных особенностей в рамках своего психотипа.

Чтобы более полно и четко представить себе тактику выбираемой превенции суицидального поведения, мы должны хорошо представлять себе индивидуальные особенности каждого психотипа, вместе с тем, безусловно, есть и общие рекомендации для них всех.

Профилактика самоубийства «Цветков» заключается прежде всего в повышении требовательности к самому себе и формировании самодисциплины (настойчивость VS эгоцентризм)



Люди, относящиеся к психофизической конституции «Цветок», как правило, очень эмоционально остро реагируют на любые неблагоприятные изменения, происходящие в их жизни и касающиеся их непосредственно. «Цветки» уверены, что их должны все или практически все любить или хотя бы «оценивать по заслугам». В микросоциуме (семья, учеба и работа) они претендуют на особенный статус, который бы освобождал их от необходимости подчиняться тем законам и правилам, которые обязательны для всех остальных. Эти индивидуумы не готовы мириться с какими бы то ни было неудобствами, ограничивающими их привычный комфорт. Возможно, именно поэтому нахождение в закрытом коллективе, из которого нельзя или невозможно уйти в любой момент, может рассматриваться «Цветками» как экстремальная ситуация (армия, тюремное заключение, насильственная изоляция или госпитализация, жесткий карантин). Все начинается с детства. Уже с раннего школьного возраста отмечается выраженная полярность их поведения во время школьных занятий: они либо блещут своими способностями, либо же срывают уроки. В том случае, когда по тем или иным причинам нет возможности выбрать привычную тактику поведения, они пытаются или игнорировать, или «отключаться», погружаясь в свой внутренний мир, иными словами — «улетают мечтами в окно». Так, например, на уроках физкультуры они могут бежать либо быстрее всех, либо придумывают тактику, как незаметно для учителя сократить дистанцию. В том случае, когда подобный выбор невозможен, они жалуются на физическое недомогание, которое не позволяет им заниматься либо конкретным видом спортивной деятельности, либо освобождены медицинской справкой от любой физической нагрузки. Как уже ранее говорилось, «Цветки» не могут и не хотят мириться с дискомфортом в любой его форме, уходя физически, либо совершают «ментальное бегство в свой внутренний мир».

В этом случае чем более хронифицируется неблагоприятная ситуация, тем дальше и «глубже в себя» они пытаются «убежать»: от травмирующей действительности, от пугающих их людей, от естественной необходимости следить за своим телом, которое, по их мнению, не выполнило возложенных на него функций. Этот процесс физического ослабления называется астенизацией. Для того чтобы процесс «ментального бегства» был быстрее и создавал дополнительные «реальные» препятствия для решения реальных жизненных проблем, эти индивидуумы склонны более других психотипов к злоупотреблению психоактивными веществами и алкоголем, мотивируя это способом самолечения. Сталкиваясь с жизненными проблемами, «Цветки» находят бесконечное число способов, чтобы оказаться вне зоны психотравмирующей ситуации, при этом избегая прямой конфронтации с окружающим миром. Отсутствие терпения и волевых навыков активно противостоять дискомфорту могут стать побудительным мотивом «Цветков» закончить с явными или воображаемыми земными страданиями и совершить суицидальную попытку.

В первую очередь этим людям необходимо построить долгосрочную программу действий, направленную на приобретение и укрепление волевых навыков, позволяющих решать жизненные проблемы любым альтернативным адекватным способом, кроме прямого и косвенного «бегства».

Во-вторых, проявлять особую требовательность к себе в тех областях знаний и навыков, которые требуют прежде всего таких качеств, как упорство, настойчивость и терпение. Важную роль играют занятия индивидуальными соревновательными видами спорта, где есть непосредственное противостояние с соперником — боевые единоборства, борьба, бокс, фехтование, бадминтон, настольный теннис, большой теннис и т. д. Также возможно и участие в игровых видах спорта в небольших командах. Упор должен делаться прежде всего не на достижение победы, а на совершенствование собственных навыков и умение стойко переносить поражение. Наименее предпочтительными являются такие виды спорта, как легкая атлетика, плавание, велосипедный спорт и стрельба. Однако все же следует заметить, что регулярные занятия спортом укрепляют не только физические навыки, но и психику.

В-третьих, с точки зрения социализации, в зависимости от того, какие паттерны поведения преобладают, «Цветкам» с интровертированными установками личности рекомендуется развивать различные навыки открытого общения и выражения своих мыслей, в то время как экстравертированным субъектам рекомендуется «тактика сдерживания» — воздерживаться от выражения своего возмущения общего характера и прямого осуждения окружающих людей.

Для формирования стрессоустойчивости и превенции суицида у «Цветков» необходимо использовать характерные для них качества: способность находить нетривиальные решения, умение увидеть то, что другие могут не замечать, принципиально по-новому оценить полученную информацию.

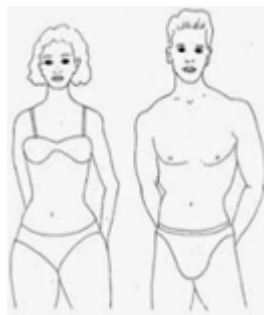
Еще одним из подходов к решению проблемы является «переселение» в «параллельные миры», где субъект будет чувствовать себя комфортно и безопасно. Такими мирами являются миры науки и искусства. Если это произойдет успешно, то у «Цветков» не будет необходимости искать возможность переселиться в мир, из которого невозможно вернуться обратно.

Подводя итоги, дадим несколько практических рекомендаций:

1. «Письмо из будущего» — письмо, написанное пациентом самому себе о своей жизни, каким он планирует быть через год, пять и десять лет, с последующим обсуждением содержания письма с психотерапевтом.
2. Ролевая игра с поиском альтернативных решений, цель которой — научить эмпатическому восприятию проблем окружающих с акцентом на испытываемые чувства. Например, пациент становится доктором, а доктор — пациентом или отец становится ребенком, а ребенок исполняет роль отца и т. д.

3. Библиофильмотерапия с последующим обсуждением с психотерапевтом.
4. Написание художественного рассказа от третьего лица об аналогичной ситуации минимум с тремя альтернативными концовками и с последующим обсуждением с психотерапевтом.
5. Почасовое структурирование своего дня с ежедневным анализом, что удалось сделать, а если нет, то почему.

Профилактика самоубийства у «Садовников» (осмотрительность и личностная независимость VS косности мышления)



Люди нормостенической конституции по типу «Садовник» всегда являются активным ядром любого коллектива. Если они решили считать себя членом какой-либо группы, то они полностью, безо всякой критики принимают на себя все нормы поведения, принятые в этой группе. Принадлежность к конкретному коллективу является для них частью их личной самоидентификации. В тот момент, когда «Садовник» решил, что он «свой», он становится (в своем представлении) неотъемлемой частью конкретной группы и будет стараться всеми силами избежать поведения, которое в его глазах сделает его «чужим». Если ребенком «Садовник» считает такой группой свою семью, то он сохраняет ей верность до тех пор, пока не находит новую «семью». Такой «семьей» для него может стать любое объединение людей — как рабочий коллектив, так и антисоциальная группа.

Во многих культурах и субкультурах приняты различные ритуалы — присяги верности, в которых оговаривается уровень наказания человека, который перестает быть частью этого коллектива. Именно поэтому в случае нарушения данной клятвы «Садовник» сам приводит смертельный приговор в исполнение — ведь даже в этой ситуации он остается частью коллектива, которому он присягал на верность. На наш взгляд, тот сдерживающий фактор, что может удержать «Садовника» от самонаказания за клятвopреступление, — это новая клятва новому коллективу. Смертельный самоприговор может быть отменен самим «Садовником» и в случае, если он решит, что коллектив, которому он присягал на верность, принципиально качественно изменился, т. е. стал «чужим». Удержать «Садовника» от самопожертвования в критической ситуации может лишь возможность найти альтернативный выход из критической ситуации или же прямой приказ, запрещающий это самопожертвование.

Воспитательная доктрина, ориентированная на ультимативную верность коллективу, в сочетании с пресечением поиска компромисса и поиска альтернативных решений проблемы укрепляет в «Садовнике» уже имеющуюся косность мышления, а следовательно, закрепляет потенциальную готовность к слепому самопожертвованию и в целом опасному поведению.

Итак, прежде всего при работе с данным психотипом мы должны ориентироваться на следующие направления:

Во-первых, научить индивидуума реально и адекватно оценивать не только уровень грозящей опасности и реальную возможность собственных сил, но и последствия тех или иных собственных действий.

Во-вторых, не пренебрегать дополнительными мерами безопасности, принимая в расчет вероятность осложнений критических ситуаций, которые мало зависят от человека, при этом формируя новое отношение к мерам предосторожности не как к проявлению трусости, а как к адекватному прогнозированию возможного развития событий.

В-третьих, научить относиться к себе как к важной составляющей коллектива, которая также заслуживает бережного отношения.

В-четвертых, тренировать свое мышление путем решения различных логических и психологических задач, к которым имеется несколько различных решений.

Иными словами, необходимо научить людей, принадлежащих к данному психотипу, развивать в себе практическое умение адекватного использования присущих ему характерологических черт, таких как смелость, настойчивость, конструктивизм. Необходимо научить «Садовника» в критической ситуации останавливаться и продумывать свою ответную реакцию, а не бросаться решать проблему любой ценой, при этом бережно относясь как к себе, так и к своим помощникам.

Подводя итоги, дадим несколько практических рекомендаций для этого психотипа:

1. Стимулирование волевых качеств путем системы мониторинга состояния и поощрения улучшения результатов.
2. Развитие альтернативных навыков и знаний, помогающих в стрессовой ситуации.
3. Изготовление любых поделок, требующее большой затраты времени и развития навыков (резьба, рисование, керамика, чеканка и т. д.).
4. Развитие и/или восстановление физической силы и выносливости.
5. Почасовое структурирование своего дня с ежедневным анализом, что удалось сделать, а если нет, то почему, с увеличением физической активности.
6. Умение анализировать сложившуюся ситуацию и избегание минимизации возможного опасного поведения.

Профилактика самоубийств у «Горшков» (уравновешенность и конструктивность VS жертвенность)



По своей природе «Горшки» отзывчивые и очень старательные, но, к сожалению, нередко неумелые помощники. Окружающие их люди могут использовать эти качества для выполнения простых и малопrestижных работ. С детства «Горшки» охотно принимают участие в работах по домашнему хозяйству, не требующих специальных навыков и умений, таких как наведение чистоты и порядка.

С одной стороны, позитивная оценка их деятельности значимыми для них людьми, а с другой — осознание реального значения выполняемых ими работ может привести личность к возникновению когнитивного диссонанса: является ли работа значимой и

достойной или же создается личное ощущение «неудовлетворенности и того, что тебя используют». Если такая ситуация происходит день за днем, то у «Горшка» происходит хроническая дестабилизация Я-концепции на биологическом, социальном и личностном уровнях:

- на биологическом уровне «Горшок» ощущает относительно высокий расход собственных физических сил на исполнение конкретной работы («усталость»);
- на социальном уровне «Горшок» осознает низкий социальный статус собственной деятельности («унижение»), который не компенсируется даже положительной оценкой со стороны значимых для него людей;
- на психологическом уровне сам «Горшок» наделяет себя особым статусом благодетеля за свою же деятельность («служение людям», «самопожертвование ради людей» и т. п.), полностью или частично игнорируя оценку окружающих его деятельности.

Со временем личностное восприятие выполненных конкретных действий распространяется и на все виды деятельности, ведя к усилению и искажению полярности эмоционального самовосприятия — от полной некомпетентности до omnipotentности.

В случае когда собственная Я-концепция находится в максимальном напряжении, возможен высокий риск «принесения себя в жертву», т. е. совершения самоубийства.

В данном случае для усиления стрессоустойчивости на первый план выступает препятствование эмоциональной поляризации с рекомендацией максимально «сблизить полюса», другими словами, научить оценивать свою деятельность вне рамок эмоционально-социального контекста и таким образом сделать личность более цельной. Следующим шагом должно стать «избегание самопожертвования». Для этого надо адекватно оценивать необходимость своей помощи другим людям, которые эту помощь попросили, при этом рассчитывая собственное время, силы и уровень своей профессиональной подготовки в данной сфере. Если же сам человек не обладает каким-то параметром в достаточной, по его представлению, мере, то он обязан озвучить рамки своих возможностей и/или предложить альтернативные варианты своей помощи, в ином случае даже ответить однозначным отказом. Такая же тактика поведения должна практиковаться и в производственных отношениях относительно работы, которая однозначно не является частью оплачиваемой профессиональной деятельности, — «общественной работы», «одолжений начальству», «помощи коллегам». Стараться свести к минимуму свое собиране «купонов страдания», практиковать понимание того, что эти «фальшивые купоны» (Э. Берн) являются «долговыми обязательствами» только в голове «Горшка» и никто не собирается их оплачивать ни в этой жизни, ни в следующей.

Эмпатия, терпение, комформность — все три вышеперечисленные качества присущи в высшей степени людям конституции «Горшок», но их наличие может не только не способствовать их самореализации, но и препятствовать ей.

Таким образом для повышения стрессоустойчивости и превенции суицида необходимо научить «Горшка» заранее выстраивать границы своей эмоциональной вовлеченности в проблемы окружающих его людей, проявляя заботу только о тех, кто технически не в состоянии сам попросить о помощи (растения, животные, маленькие дети), не путая «помощь» — то, о чем попросили, и «псевдозаботу» — то есть то, о чем не просили.

В общении с людьми важно научиться соблюдать эмоциональную дистанцию, высказывая свое мнение только тогда, когда его спросили, заранее озвучивать границы своего личностного пространства и однозначно запрещать нарушение этих границ.

Вот наши практические рекомендации:

1. Ролевая игра с поиском альтернативных решений, цель которой — найти равновесие в ответственности для каждой из сторон. Например, пациент становится доктором, а доктор — пациентом.
2. Поиск личностных причин, при которых у пациента возникают суицидальные мысли и контрдоводы против них. Создать максимально полную таблицу по типу «замок — ключ» и повторять ее в различных вариациях с психотерапевтом.
3. Когнитивно-поведенческая терапия с упором на формирование моделей поведения как избегать гиперответственности, катастрофизации проблемы и вероятностной максимализации последствий.
4. Почасовое структурирование своего дня с ежедневным анализом, что удалось сделать, а если нет, то почему.

Универсальные методики, которые могут быть применены с различным коэффициентом эффективности в работе с представителями всех трех конституций:

1. Избегание использования психоактивных веществ и алкоголя. Лечение алкогольной и наркотической зависимости, если таковая имеется.
2. Самооценка и контроль своего состояния с помощью «суицидальной линейки».
3. Четкое структурирование своего времени с ежедневным анализом в конце дня всего того, что удалось сделать. Конструктивное планирование всего того, что может сделать более успешным все то, что не получилось сделать в течение прошедшего дня. Упор должен быть сделан на полной занятости в течение дня, овладении новыми навыками, занятии собственным хобби, мониторинге своих успехов и настроения.
4. Библиофильмотерапия с последующим обсуждением с психотерапевтом.
5. Ролевая игра с поиском как минимум трех альтернативных решений проблемы, заявленной в игре.

Мы предлагаем также два варианта изменения привычной стратегии для каждого из психотипов:

Усиление и изменение вектора внутри психологической реакции. Астеник переключается на «конструктивное бегство» в творчество, спорт или хобби. Гиперстеник путем личностного мониторинга во времени отслеживает и контролирует развитие стрессовой ситуации и оценивает фатальность последствий. Нормостеник изыскивает дополнительные собственные внутренние психофизические резервы для продолжения борьбы с создавшейся неблагоприятной ситуацией.

Замена на новый, более адаптивный тип реагирования используется как «иллюзия свободного и осознанного выбора», таким образом, каждому психотипу предлагают на выбор две дополнительные новые реакции реагирования на фрустрирующую ситуацию, которые ранее были характерны двум другим психотипам. К примеру, астенику («Цветку») — умение вырабатывать активную настойчивость в преодолении стрессовой ситуации, как у нормостеника («Садовника») — умение принимать неблагоприятную ситуацию, взвешивать и выжидать, как у гиперстеника («Горшка»), и т. д.

При этом пациент сам или первоначально с помощью психотерапевта выбирает новый оптимальный для него способ реагирования, проигрывая различные фрустрирующие ситуации на несколько «ходов» вперед.

Существует достаточно большое количество тестов и шкал для оценки суицидальной активности и риска. Но на практике эти методики достаточно громоздки и не соответствуют реальным требованиям быстрой оценки и принятия решения при urgentных состояниях или экстренной ситуации [1; 8; 16; 17; 20].

Поэтому и была специально разработана авторская шкала (А. Б.)*, которая называется «Суицидальная линейка», БАРС-2000 (быстрый активный расчет суицидальности), которая успешно применялась не только в приемных покоях психиатрических больниц, но и для проверки лиц солдатско-сержантского состава срочной службы Армии обороны Израиля, обратившихся за психолого-психиатрической помощью (2005 — 2007).

Этот метод хорош не только своей простотой, но и тем, что осуществляется двойной контроль как со стороны самого пациента (субъективный), так и со стороны психотерапевта (объективный). Рисуетя линия, на нее наносятся метки от 0 до 10.

0 — это минимум, то есть отсутствие каких-либо суицидальных тенденций, а 10 — максимум желаний свести счеты со своей жизнью. Пациенту предлагается лично пометить над линией точку, соответствующую силе своего суицидального желания на соответствующей цифре.

Итак:

- 0 — это отсутствие каких-либо суицидальных мыслей и тенденций. В идеале в процессе лечения фармакологического и/или сочетанного фармакологического и психотерапевтического мы стремимся снизить суицидальную активность до 0—1.
- 1–2 — суицидальные мысли присутствуют, но они транзиторны и единичны. Они могут возникать как ответная реакция на острую стрессовую ситуацию, индивидуально значимую для пациента. Однако сам пациент относится к ним критически, а также способен подавлять и контролировать их. Важно отметить, что сам пациент ищет и получает поддержку со стороны окружающих его людей.
- 3–4 — суицидальные мысли начинают кристаллизоваться, они более постоянны, занимают значительную часть времени бодрствования и могут фрагментарно присутствовать в сновидениях. Происходит первичный отбор способа суицида. Теперь эти мысли возникают уже и без связи со стрессовой ситуацией. Пациент сомневается в возможности получить настоящую поддержку со стороны окружающих его людей.
- 5–6 — ситуация начинает приобретать критический характер. Пациент все больше погружается в пессимизм и бессилие перед создавшейся ситуацией, активно продумывает место, время и способ ухода из жизни. Скептически относится и не верит в помощь со стороны. В данной ситуации уже есть необходимость обратиться к психиатру и желательно добровольно госпитализировать пациента, а также начать ему фармакологическое лечение.
- 7–8 — ситуация рассматривается как критическая, уже была попытка суицида в течение последней недели, прерванная кем-то или чем-то. Существует уже реальный выбранный способ свести счеты с жизнью, в клинической картине доминируют депрессивные или психотические симптомы, отрешенность, отчаяние. Возможно, речь идет уже о необходимости насильственной госпитализации в закрытое психиатрическое отделение как превенции повторной суицидальной попытки.
- 9 — была совершена попытка суицида в последние 72 часа (дифференцировать от попытки по типу «суицидальный шантаж»). Как правило, такое состояние связано с такими заболеваниями, как психоз с императивными слуховыми и/или зрительными угрожающими галлюцинациями, тяжелая депрессия, внезапная невосполнимая потеря индивидуально значимого «другого», тяжелые повторяющиеся приступы тревоги или паники. По мнению авторов, другие причины также возможны, но гораздо менее часты.

* Многопрофильный госпиталь "Герцог", кафедра психиатрии медицинского факультета Иерусалимского Университета, Иерусалим, Израиль.

Психическое состояние пациента требует немедленной адекватной терапии и изоляции пациента в виде добровольной или принудительной госпитализации в закрытое отделение с последующим фармакологическим и психотерапевтическим лечением.

- 10 — сомнительная или чрезмерная демонстративная суицидальность, связанная, как правило, с импульсивным поведением, в рамках нарушения личности кластера «Б» (американская классификация DSM-5 — пограничное, антисоциальное, нарциссическое и истероидное расстройства личности) или же с «суицидальным шантажом» с целью получения любых выгод и привилегий (получение денежного вознаграждения, изменение условий работы, возобновление супружеских отношений после разрыва и т. д.).

После того как пациент оценит риск собственной суицидальности, психотерапевт или психолог должен сам, профессионально и объективно оценить текущее состояние суицидальной активности пациента, полученной из предварительной беседы. Затем выбрать оптимальную тактику для прогноза и превенции суицидального поведения. Кроме того, сама «суицидальная линейка» обладает определенным психотерапевтическим действием на пациента: во-первых, он впервые пробует самостоятельно контролировать «фатальную ситуацию» и она уже не выглядит для него такой катастрофической, во-вторых — динамическое уменьшение в баллах вовлеченности в суицидальные мысли вселяет большую уверенность пациента в собственных силах и надежду на выздоровление, и, в-третьих, в дальнейшем, например при выписке, пациент может самостоятельно отслеживать свои суицидальные тенденции и вовремя обратиться за помощью к специалисту.

Мы также считаем, как и в любом процессе лечения, следует избегать ортодоксального подхода: «Только это вам поможет!» Поиск решения должен быть оптимальным, а значит, прежде всего ориентирован на пациента. Таким образом, если один из методов не работает, можно включать в лечение и другие подходы, то есть делать лечебный процесс максимально эффективным, пусть даже эклектичным. Любой психотерапевт или клинический психолог может моделировать данный метод как конструктор «лего» и адаптировать его индивидуально под конкретного пациента.

Авторы выражают искреннюю благодарность за ценные рекомендации и замечания своим коллегам — психиатрам и психологам, доктору Михаилу Бажмину (психиатрический госпиталь «Шаар Менаше», Израиль), доктору Евгению Резникову (психиатрический госпиталь «Кфар Шауль», Израиль), клиническому психологу, доценту кафедры психологии Грации Татевяну (Ереван, Армения) и доктору Юрию Rogozному (многопрофильный госпиталь им. Сары Герцог, Израиль).

Литература

1. Адаптация методик исследования суицидальных аспектов личности / К.А. Чистопольская, Т.В. Журавлева, С.Н. Ениколопов [и др.] // Психология. Журнал высшей школы экономики. – 2017. – Т. 14, № 1. – С. 61–87.
2. Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Клинико-психологические исследования самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 4. – С. 65–77.
3. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. – СПб.: Издание Н.П. Карбасникова, 1912. – 544 с.
4. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине / пер. с чеш. – Прага: Авиценум, 1983. – 405 с.

5. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике // Суицидология. – 2013. – Т. 4, № 3 (12). – С. 3–16.
6. Меннингер К. Война с самим собой. – М.: Эксмо-Пресс, 2000. – 480 с.
7. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Суицидальность и склонность к риску у подростков: биопсихосоциальный синтез // Суицидология. – 2013. – Т. 4, № 2 (11). – С. 8–25.
8. Результаты клинических испытаний опросника «Шкалы динамического контроля суицидального риска» / С.В. Харитонов, С.А. Чубина, С.В. Рызова [и др.] // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 2. – С. 20–25.
9. Рязанцев С.В. Философия смерти. – СПб.: Спикс, 1994. – 320 с.
10. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. – Пермь: Капик, 1993. – 268 с.
11. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, № 3. – С. 97–104.
12. Agerbo E., Nordentoft M., Mortensen P.B. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study // British Medical Journal. – 2002. – Vol. 325, № 7355. – P. 74.
13. A hundred cases of suicide: clinical aspects / B. Barraclough, J. Bunch, B. Nelson [et al.] // The British Journal of Psychiatry. – 1974. – Vol. 125, № 587. – P. 355–373.
14. Economic slump and suicide method: preliminary study in Kobe / R. Abe, T. Shioiri, A. Nishimura [et al.] // Psychiatry and Clinical Neurosciences. – 2004. – Vol. 58, № 2. – P. 213–216.
15. Engel G.L The clinical application of the biopsychosocial model // The American Journal of Psychiatry. – 1980. – Vol. 137, № 5. – P. 535–544.
16. Holden R.R., DeLisle M.M. Factor structure of the Reasons for attempting Suicide Questionnaire (RASQ) with suicide attempters // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. – 2006. – Vol. 28, № 1. – P. 1–8.
17. Holden R.R., Kroner D.G. Differentiating suicidal motivations and manifestations in a forensic sample // Canadian Journal of Behavioral Science. – 2003. – Vol. 35. – P. 35–44.
18. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research / J.C. Franklin, J.D. Ribeiro, K.R. Fox [et al.] // Psychological Bulletin. – 2017. – Vol. 143, № 2. – P. 187–232.
19. Sadock B.J., Ahmad S., Sadock V. Kaplan and Sadock's Pocket handbook of clinical psychiatry. – Philadelphia: Wolters and Kluwer, 2019. – 617 p.
20. Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry. – Philadelphia: Wolters and Kluwer, 2014. – 1472 p.
21. The interpersonal theory of suicide / K.A. Van Orden, T.K. Witte, K.C. Cukrowicz [et al.] // Psychological Review. – 2010. – Vol. 117, № 2. – P. 575–600.
22. Vital Signs: trends in state suicide rates – United States, 1999–2016 and circumstances contributing to suicide – 27 States, 2015 / D.M. Stone, T.R. Simon, K.A. Fowler [et al.] // MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report. – 2018. – Vol. 67, № 22. – P. 617–624.

Active modeling of psychotherapeutic tactics in suicidal behavior, in accordance with the psychoconstitutional personality type

Borokhov A.¹

E-mail: adsamuray@gmail.com

Borokhov B.²

E-mail: borisdo69@gmail.com

¹ *The Rabbanit Sarah Herzog Memorial Hospital*

Herzog Hospital, P.O. Box 3900, Givat Shaul St. Jerusalem 91035, Israel

Phone: +972-2-5316875

² *"SELA" Sport Rehabilitation Program for correction children*

with behavior problems

Jerusalem, Israel

Abstract

As we all know, almost any individual who is really caught up in suicidal thoughts, not only does not have, but does not seek an alternative solution. Figuratively speaking, he has "tunnel vision", that is, he sees a very minimal range of solutions to his problem, or rather one solution fatal.

Therefore, we came to the conclusion that it is necessary to create a system of "external and internal anchors" that keep the patient from committing a suicidal act. It is based on several basic questions-constructs, the answers to which could be obtained in the course of the doctor/psychologist – patient dialogue. Thus, an individualized model of psychotherapeutic treatment was built, the purpose of which is to keep a person from suicidal attempts. So, four basic questions:

"What?" — which value orientations in life are personality-oriented and help them cope with difficult life situations. For example, interesting work, responsibility, religion, shame in front of others, caring for loved ones, etc.

"Who?" — which "significant others" help him cope with these difficult life situations. For example, friends, relatives, children, taking care of Pets, etc.

"What?" — by which you can restore the lost interest in life. For example, creating a new goal. This new goal should be built as a multi-stage pyramid consisting of small goals, the ascent of which should be gradual and feasible for the patient.

"How?" — changing or adding something in life can bring back and/or improve life satisfaction. For example, full-time employment during the day, mastering new skills, doing your own hobby, monitoring your progress and mood, physical activity, etc.

From the point of view of the psychoconstitutional approach, suicide prevention itself is primarily an aid to a person in controlling his behavior in a critical stressful situation due to the manifestation of marginal reactions characteristic of his psychosomatic constitution. It consists of 4 components:

1. Help in understanding and determining the "level of danger" using the self-assessment test of your own suicidal predisposition;
2. Help in acquiring additional skills of self-diagnosis and self-control of your behavior;
3. Assistance in choosing an alternative response(s) and in choosing the formation of an adequate response within your psychosomatic constitutional type.
4. Selection of optimal solutions for a specific stressful situation, as well as search for universal solutions for General stressful situations, taking into account personal characteristics within your own psychotype.

Prevention of suicide of asthenics (FLOWERS) is aimed primarily at increasing self-demand and the formation of self-discipline (persistence VS self-centeredness). Suicide prevention in normosthenics (GARDENERS) is based on other factors (prudence and personal independence VS inertia of thinking). Suicide prevention in hypersthenics (POTS) should be based on the principle (balance and constructiveness VS sacrifice). Asthenic switches to "constructive escape" in

creativity, sports or hobbies. Hypersthenic by personal monitoring over time tracks and controls the development of a stressful situation and assesses the fatality of the consequences. The normosthenic seeks additional internal psychophysical reserves to continue the fight against the created unfavorable situation.

Replacement with a new, more adaptive type of response is used as an "illusion of free and conscious choice", so each psychotype is offered a choice of two additional new responses to a frustrating situation that were previously characteristic of the other two psychotypes. For example, an asthenic (FLOWER) has the ability to develop active perseverance in overcoming a stressful situation like a normosthenic (GARDENER) or the ability to accept an unfavorable situation, weigh and wait like a hypersthenic (POT), etc.

At the same time, the patient himself or with the help of a psychotherapist, chooses a new optimal way of responding, playing various frustrating situations for several "moves" forward.

Key words: suicide; psychofactors; psychotype; scale of self-diagnosis; prevention.

For citation

Borokhov A., Borokhov B. Active modeling of psychotherapeutic tactics in suicidal behavior, in accordance with the psychoconstitutional personality type. *Med. psihol. Ross.*, 2021, vol. 13, no. 2, p. 4. doi: 10.24412/2219-8245-2021-2-4 [in Russian, abstract in English].